plan stratégique 2010 2015

Québec

plan stratégique 2010 2015

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Santé et Services sociaux Québec

Édition
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-58701-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-58702-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

MESSAGE DES MINISTRES

Monsieur Yvon Vallières
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

C'est avec plaisir que nous déposons à l'Assemblée nationale le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce document présente les résultats que le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux s'engagent à atteindre au cours des cinq prochaines années.

Le Plan stratégique 2010-2015 s'inscrit dans la poursuite des actions entreprises afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et de rendre les services de santé et les services sociaux plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Ce plan mise sur l'action en amont des problèmes, sur l'organisation des services de première ligne harmonisés efficacement avec les services spécialisés, sur le respect des délais d'accès, sur la qualité des services et l'innovation, sur l'attraction des ressources humaines et l'amélioration de l'organisation du travail ainsi que sur une gestion performante et imputable.

Dans un esprit de collaboration et d'engagement, nous convions l'ensemble des acteurs et partenaires du réseau à relever avec succès les défis des prochaines années, en misant sur l'optimisation de l'utilisation des ressources et sur l'amélioration constante de la performance de notre réseau, afin de répondre aux besoins de la population québécoise en matière de services de santé et de services sociaux.

Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Dominique Vien
Ministre déléguée aux Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 10

LE CONTEXTE 13

LA VISION 19

LES ENJEUX, LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS 21

ENJEU 1 **L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être** 23

Orientation 1.1 Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être 23

ENJEU 2 **La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services** 25

Orientation 2.1 Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne 25

Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers 26

Orientation 2.3 Répondre aux besoins d'une population vieillissante 28

Orientation 2.4 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités 29

ENJEU 3 **Un délai raisonnable pour l'accès aux services** 31

Orientation 3.1 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables 31

ENJEU 4 **La qualité des services et l'innovation** **35**

Orientation 4.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services 35

Orientation 4.2 Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux 36

Orientation 4.3 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique 37

ENJEU 5 **L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines** **39**

Orientation 5.1 Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée 39

Orientation 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes 41

ENJEU 6 **Une gestion performante et imputable** **43**

Orientation 6.1 Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux 43

Orientation 6.2 Assurer une gouvernance plus imputable 44

ANNEXE : DES RÉALISATIONS AU COURS DE LA PÉRIODE 2005-2010 ..... **45**

LISTE DES DOCUMENTS CITÉS **47**

TABLEAU SYNOPTIQUE **49**

INTRODUCTION

Le Plan stratégique 2010-2015 détermine les objectifs que le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau s'engagent à atteindre au cours des prochaines années. Il a pour but d'orienter les actions des organisations et des professionnels qui fournissent des services de santé et des services sociaux à la population du Québec. Dans une perspective de gestion axée sur les résultats, le Ministère, les agences et les établissements devront rendre compte de la réalisation de ces engagements.

En continuité avec les priorités du précédent plan (2005-2010), les efforts du Ministère et de son réseau demeurent axés sur le renforcement de l'accès, de la qualité et de l'intégration des services de santé et des services sociaux offerts à la population ainsi que sur l'utilisation judicieuse des ressources. Ainsi, le plan a pour but de tirer profit des acquis des dernières années et des changements qui ont été introduits dans le système afin d'assurer une réponse optimale aux besoins de santé et de bien-être de la population.

Le plan stratégique résulte d'une réflexion partagée avec les dirigeants du réseau et de nombreux partenaires, dans le contexte d'une vaste consultation amorcée à l'automne 2008. Cette réflexion a permis de définir les principaux défis qui exercent une pression sur l'évolution du système et de préciser les choix stratégiques qui en découlent.

La détermination des objectifs et des cibles a été effectuée avec le maximum de réalisme dans le contexte actuel et pressenti de financement pour le système de santé et de services sociaux. Ces objectifs et cibles pourraient être ajustés au fil des prochaines années selon l'évolution du contexte socioéconomique et des priorités gouvernementales.

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MISSION

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec

Le principal rôle du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Il détermine les orientations, les objectifs et les priorités dans le domaine de la santé et des services sociaux et voit à leur mise en œuvre. Il définit les normes d'accessibilité, de qualité, de continuité et d'efficience pour les services offerts à la population québécoise. Le Ministère assure la promotion de la santé et du bien-être, la protection de la santé publique, la répartition équitable des ressources et la coordination interrégionale des services; de plus, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Le Ministère accomplit sa mission en collaboration avec un réseau d'organisations et de professionnels. Au total, la main-d'œuvre du réseau est composée de 276 000 personnes, ce qui représente 6,6 % de la population active du Québec.

Les dix-huit agences de la santé et des services sociaux et autres autorités régionales sont responsables de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région respective. Elles doivent avoir une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés.

Les services de santé et les services sociaux sont fournis par cinq catégories d'établissements : les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers (CH), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation (CR) desservant les jeunes et les mères en difficulté, les personnes atteintes d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle, d'un trouble envahissant du développement ou d'une toxicomanie. Au total, le réseau est composé de 191 établissements publics, qui gèrent 1 740 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux.

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont des établissements qui assument les missions de centre local de services communautaires, de centre d'hébergement et de soins de longue durée et, dans la majorité des cas, de centre hospitalier. En tant qu'instances locales, les CSSS sont au cœur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ils ont le mandat d'organiser les services pour la population d'un territoire, de concert avec l'ensemble des partenaires, afin de les rendre plus accessibles et mieux coordonnés.

De plus, quatre réseaux universitaires de services intégrés de santé (RUIS) formulent des recommandations au ministre dans le but d'assurer la desserte des soins spécialisés et surspécialisés à l'ensemble des régions du Québec ainsi que l'instauration des programmes de formation et le développement de la recherche et des technologies.

D'autres acteurs participent à la réalisation de la mission du Ministère. Il s'agit, notamment, des cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, y compris les groupes de médecine de famille (GMF), des pharmacies communautaires, des ressources intermédiaires et de type familial, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des résidences privées avec services pour personnes âgées.

Le Ministère entretient également des liens avec des partenaires de première importance, tels que les associations d'établissements, les ordres professionnels, les organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'usagers, les organisations syndicales, les fédérations médicales, etc. De plus, lorsqu'il s'agit de prévenir les problèmes de santé et de bien-être ainsi que de soutenir les personnes vulnérables, il s'associe avec les autres secteurs de l'État.

Quinze organismes relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux et l'appuient en jouant un rôle consultatif ou en remplissant des mandats particuliers; parmi eux, la Régie de l'assurance maladie du Québec et l'Office des personnes handicapées du Québec.

APERÇU DES CLIENTÈLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX[1]*

- Plus de 28 millions de visites aux médecins omnipraticiens par année; près de 4 millions de consultations auprès de médecins spécialistes.
- Plus de 700 000 personnes hospitalisées annuellement pour des soins de courte durée, dont 12 % environ pour des troubles mentaux et du comportement.
- Plus de 400 000 chirurgies pratiquées chaque année, dont environ 300 000 chirurgies d'un jour.
- Environ 500 000 personnes qui reçoivent des services à domicile; plus de 70 000 personnes hébergées dans le réseau des CHSLD.
- Plus de 65 000 demandes de services traitées à titre de signalement par les centres jeunesse, dont environ 30 000 sont retenues. De ce nombre, plus de 10 000 enfants par année considérés comme vivant une situation où leur sécurité et leur développement sont compromis. Plus de 8 000 nouvelles prises en charge par année en protection de la jeunesse.
- Plus de 50 000 personnes par année qui reçoivent des services de réadaptation pour traiter des problèmes d'alcoolisme et autres toxicomanies.
- Environ 75 000 personnes par année qui reçoivent des services de réadaptation pour des problèmes de déficience physique.
- Environ 30 000 personnes par année qui reçoivent des services de réadaptation pour des problèmes de déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement.
- Diverses actions de santé publique menées pour et avec plusieurs groupes. Plusieurs milliers de personnes vaccinées annuellement contre diverses infections.

* Voir la liste des documents cités à la fin du document.

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MISSION

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec

Le principal rôle du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Il détermine les orientations, les objectifs et les priorités dans le domaine de la santé et des services sociaux et voit à leur mise en œuvre. Il définit les normes d'accessibilité, de qualité, de continuité et d'efficience pour les services offerts à la population québécoise. Le Ministère assure la promotion de la santé et du bien-être, la protection de la santé publique, la répartition équitable des ressources et la coordination interrégionale des services; de plus, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Le Ministère accomplit sa mission en collaboration avec un réseau d'organisations et de professionnels. Au total, la main-d'œuvre du réseau est composée de 276 000 personnes, ce qui représente 6,6 % de la population active du Québec.

Les dix-huit agences de la santé et des services sociaux et autres autorités régionales sont responsables de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région respective. Elles doivent avoir une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés.

Les services de santé et les services sociaux sont fournis par cinq catégories d'établissements : les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers (CH), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation (CR) desservant les jeunes et les mères en difficulté, les personnes atteintes d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle, d'un trouble envahissant du développement ou d'une toxicomanie. Au total, le réseau est composé de 191 établissements publics, qui gèrent 1 740 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux.

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont des établissements qui assument les missions de centre local de services communautaires, de centre d'hébergement et de soins de longue durée et, dans la majorité des cas, de centre hospitalier. En tant qu'instances locales, les CSSS sont au cœur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ils ont le mandat d'organiser les services pour la population d'un territoire, de concert avec l'ensemble des partenaires, afin de les rendre plus accessibles et mieux coordonnés.

De plus, quatre réseaux universitaires de services intégrés de santé (RUIS) formulent des recommandations au ministre dans le but d'assurer la desserte des soins spécialisés et surspécialisés à l'ensemble des régions du Québec ainsi que l'instauration des programmes de formation et le développement de la recherche et des technologies.

D'autres acteurs participent à la réalisation de la mission du Ministère. Il s'agit, notamment, des cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, y compris les groupes de médecine de famille (GMF), des pharmacies communautaires, des ressources intermédiaires et de type familial, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des résidences privées avec services pour personnes âgées.

Le Ministère entretient également des liens avec des partenaires de première importance, tels que les associations d'établissements, les ordres professionnels, les organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'usagers, les organisations syndicales, les fédérations médicales, etc. De plus, lorsqu'il s'agit de prévenir les problèmes de santé et de bien-être ainsi que de soutenir les personnes vulnérables, il s'associe avec les autres secteurs de l'État.

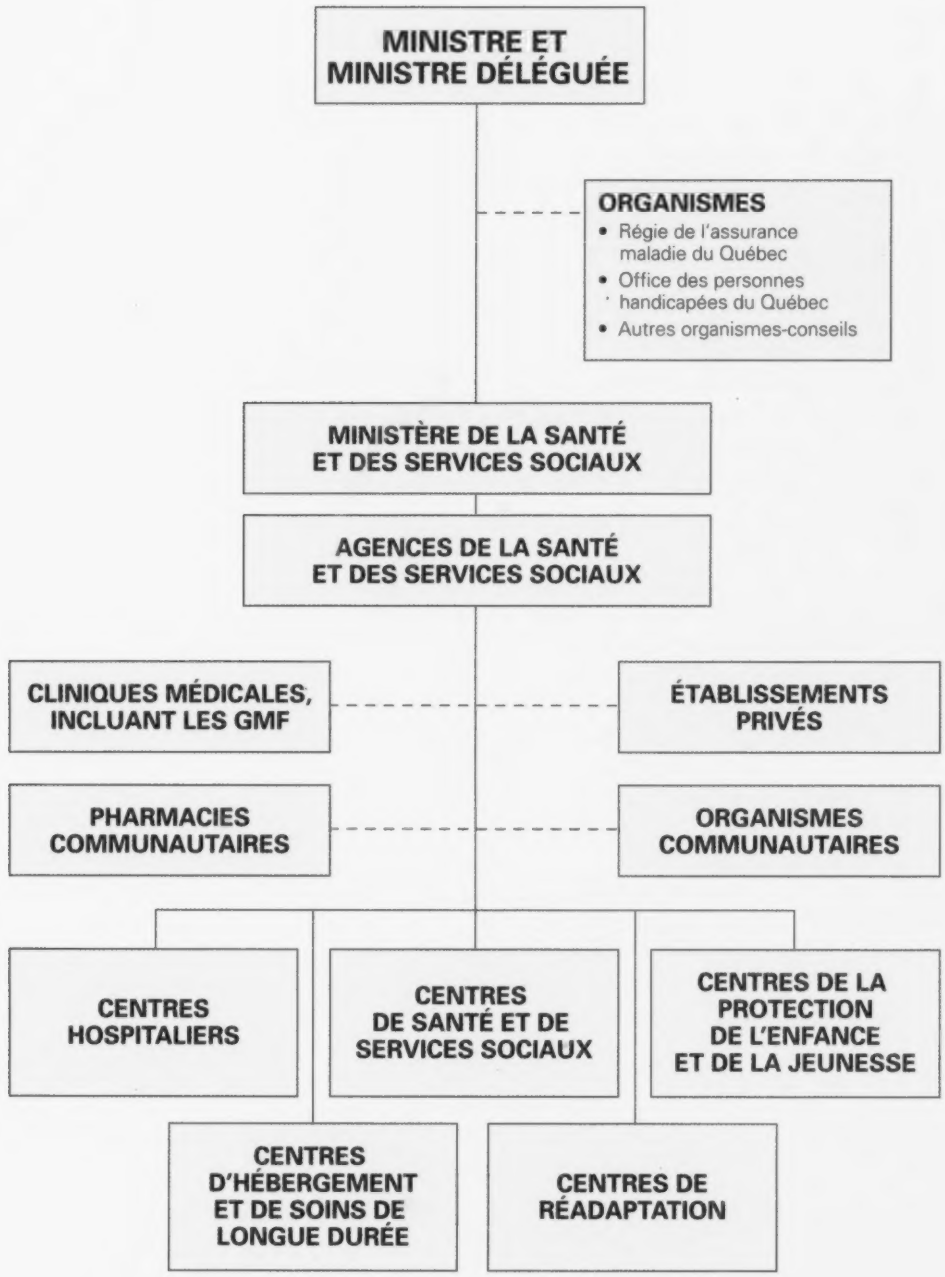
Quinze organismes relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux et l'appuient en jouant un rôle consultatif ou en remplissant des mandats particuliers; parmi eux, la Régie de l'assurance maladie du Québec et l'Office des personnes handicapées du Québec.

APERÇU DES CLIENTÈLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX[1]*

- Plus de 28 millions de visites aux médecins omnipraticiens par année; près de 4 millions de consultations auprès de médecins spécialistes.
- Plus de 700 000 personnes hospitalisées annuellement pour des soins de courte durée, dont 12 % environ pour des troubles mentaux et du comportement.
- Plus de 400 000 chirurgies pratiquées chaque année, dont environ 300 000 chirurgies d'un jour.
- Environ 500 000 personnes qui reçoivent des services à domicile; plus de 70 000 personnes hébergées dans le réseau des CHSLD.
- Plus de 65 000 demandes de services traitées à titre de signalement par les centres jeunesse, dont environ 30 000 sont retenues. De ce nombre, plus de 10 000 enfants par année considérés comme vivant une situation où leur sécurité et leur développement sont compromis. Plus de 8 000 nouvelles prises en charge par année en protection de la jeunesse.
- Plus de 50 000 personnes par année qui reçoivent des services de réadaptation pour traiter des problèmes d'alcoolisme et autres toxicomanies.
- Environ 75 000 personnes par année qui reçoivent des services de réadaptation pour des problèmes de déficience physique.
- Environ 30 000 personnes par année qui reçoivent des services de réadaptation pour des problèmes de déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement.
- Diverses actions de santé publique menées pour et avec plusieurs groupes. Plusieurs milliers de personnes vaccinées annuellement contre diverses infections.

* Voir la liste des documents cités à la fin du document.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



LE CONTEXTE

Au cours des dernières années, l'amélioration des conditions de vie, le perfectionnement des connaissances scientifiques et techniques ainsi que le renforcement de l'offre et de l'organisation des services de santé et des services sociaux ont grandement contribué à l'obtention de gains importants, tant en matière de santé et de bien-être que d'accessibilité, de continuité et de qualité des services (voir l'Annexe – Des réalisations au cours de la période 2005-2010).

Cependant, le réseau de la santé et des services sociaux demeure confronté à des défis et éléments de pression importants. Le contexte actuel commande d'améliorer l'offre de service pour répondre à l'évolution des besoins de la population québécoise, d'intégrer judicieusement les nouvelles pratiques et les progrès technologiques, tout en assurant la disponibilité et la rétention d'une main-d'œuvre qualifiée.

Parallèlement, le contexte économique actuel accentue l'écart entre la croissance des revenus de l'État et l'augmentation des dépenses en matière de santé et de services sociaux, ce qui pose avec une acuité supplémentaire le défi de contrôle des dépenses et d'amélioration de la performance du système.

ÉVOLUTION DES BESOINS DE LA POPULATION

L'état de santé de la population québécoise a connu des gains appréciables au cours des dernières années. Sur une période de 25 ans (1981-2006), l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de plus de cinq ans. En 2006, elle était de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes[2].

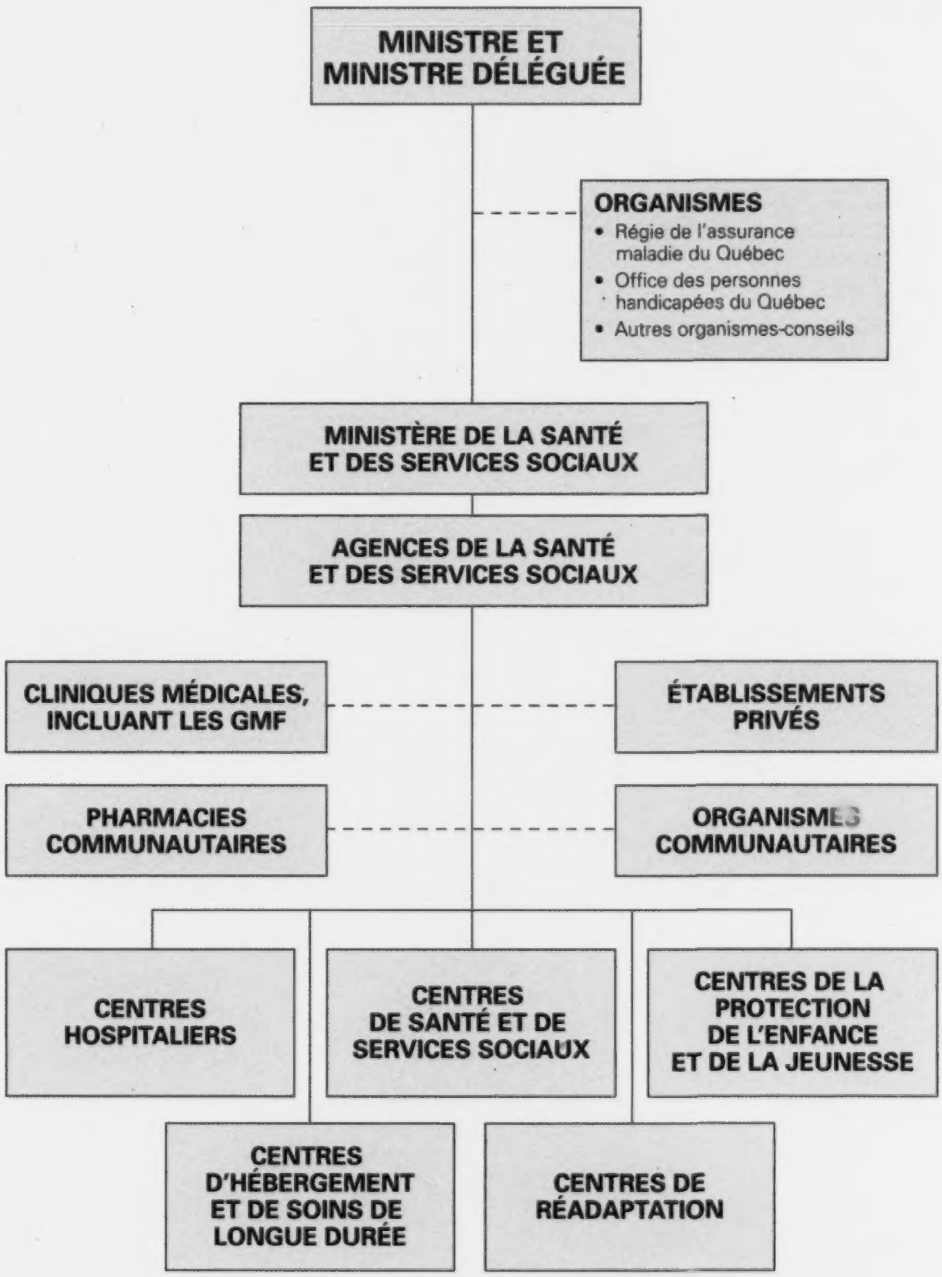
Depuis le début des années 2000, le cancer est la première cause de mortalité au Québec. En ce qui concerne les hommes, les taux les plus élevés sont ceux qui se rapportent au cancer de la prostate, à celui du poumon et au cancer colorectal. Pour ce qui est des femmes, ce sont le cancer du sein, celui du poumon et le cancer colorectal qui sont les plus fréquents[3].

Le pourcentage de personnes affectées par plusieurs maladies chroniques augmente avec l'âge. En 2005, près de la moitié des personnes de 80 ans et plus étaient atteintes de deux maladies chroniques ou plus (48,6 %). Le recours aux services et aux professionnels de la santé augmente avec le nombre de maladies chroniques[4]. Par ailleurs, les estimations montrent qu'en 2009, environ 100 000 personnes de 65 ans et plus étaient affectées par la maladie d'Alzheimer au Québec. Sous l'effet du vieillissement démographique, elles devraient être 120 000 en 2015 et 200 000 en 2030[5].

D'ailleurs, les prochaines décennies seront marquées par la hausse du nombre de personnes âgées, qui passera de 1,2 million à 2,2 millions de personnes d'ici 2030. Puisque le nombre de jeunes et d'adultes demeurera relativement stable, les personnes âgées de 65 ans et plus constitueront le seul groupe d'âge dont la taille sera en augmentation au cours des prochaines années (Figure 1). À plus long terme, à partir de 2025, les personnes très âgées, soit celles ayant 85 ans et plus, deviendront le seul groupe d'âge dont la taille sera en croissance soutenue[6].

Outre une pression à la hausse portant sur la demande en services, cette tendance démographique lance un défi d'ajustement du réseau et de son offre de service aux besoins particuliers d'une population vieillissante, chez qui maladies chroniques, troubles cognitifs et incapacités dans les activités quotidiennes commandent une approche de soins adaptée et un renforcement des services de soutien à domicile.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



LE CONTEXTE

Au cours des dernières années, l'amélioration des conditions de vie, le perfectionnement des connaissances scientifiques et techniques ainsi que le renforcement de l'offre et de l'organisation des services de santé et des services sociaux ont grandement contribué à l'obtention de gains importants, tant en matière de santé et de bien-être que d'accessibilité, de continuité et de qualité des services (voir l'Annexe – Des réalisations au cours de la période 2005-2010).

Cependant, le réseau de la santé et des services sociaux demeure confronté à des défis et éléments de pression importants. Le contexte actuel commande d'améliorer l'offre de service pour répondre à l'évolution des besoins de la population québécoise, d'intégrer judicieusement les nouvelles pratiques et les progrès technologiques, tout en assurant la disponibilité et la rétention d'une main-d'œuvre qualifiée.

Parallèlement, le contexte économique actuel accentue l'écart entre la croissance des revenus de l'État et l'augmentation des dépenses en matière de santé et de services sociaux, ce qui pose avec une acuité supplémentaire le défi de contrôle des dépenses et d'amélioration de la performance du système.

ÉVOLUTION DES BESOINS DE LA POPULATION

L'état de santé de la population québécoise a connu des gains appréciables au cours des dernières années. Sur une période de 25 ans (1981-2006), l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de plus de cinq ans. En 2006, elle était de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes[2].

Depuis le début des années 2000, le cancer est la première cause de mortalité au Québec. En ce qui concerne les hommes, les taux les plus élevés sont ceux qui se rapportent au cancer de la prostate, à celui du poumon et au cancer colorectal. Pour ce qui est des femmes, ce sont le cancer du sein, celui du poumon et le cancer colorectal qui sont les plus fréquents[3].

Le pourcentage de personnes affectées par plusieurs maladies chroniques augmente avec l'âge. En 2005, près de la moitié des personnes de 80 ans et plus étaient atteintes de deux maladies chroniques ou plus (48,6 %). Le recours aux services et aux professionnels de la santé augmente avec le nombre de maladies chroniques[4]. Par ailleurs, les estimations montrent qu'en 2009, environ 100 000 personnes de 65 ans et plus étaient affectées par la maladie d'Alzheimer au Québec. Sous l'effet du vieillissement démographique, elles devraient être 120 000 en 2015 et 200 000 en 2030[5].

D'ailleurs, les prochaines décennies seront marquées par la hausse du nombre de personnes âgées, qui passera de 1,2 million à 2,2 millions de personnes d'ici 2030. Puisque le nombre de jeunes et d'adultes demeurera relativement stable, les personnes âgées de 65 ans et plus constitueront le seul groupe d'âge dont la taille sera en augmentation au cours des prochaines années (Figure 1). À plus long terme, à partir de 2025, les personnes très âgées, soit celles ayant 85 ans et plus, deviendront le seul groupe d'âge dont la taille sera en croissance soutenue[6].

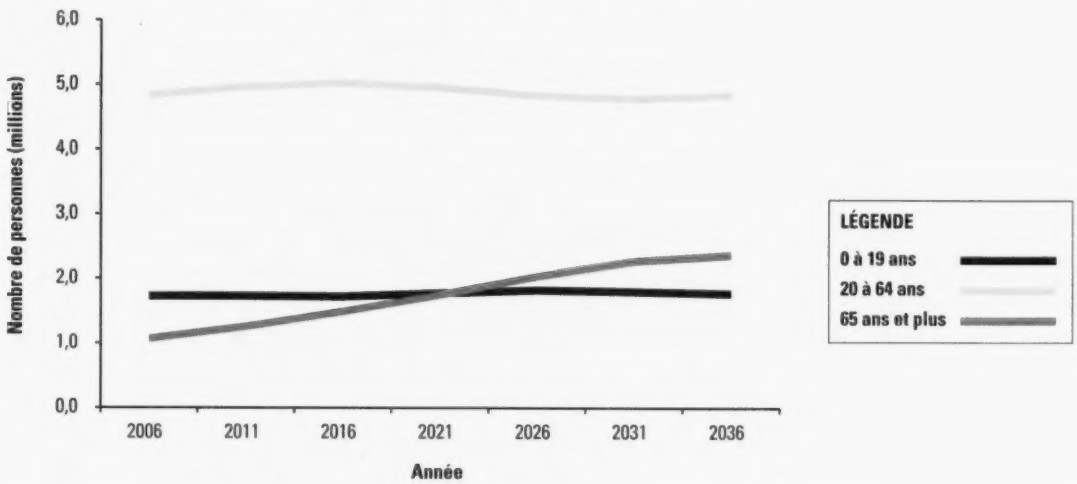
Outre une pression à la hausse portant sur la demande en services, cette tendance démographique lance un défi d'ajustement du réseau et de son offre de service aux besoins particuliers d'une population vieillissante, chez qui maladies chroniques, troubles cognitifs et incapacités dans les activités quotidiennes commandent une approche de soins adaptée et un renforcement des services de soutien à domicile.

Les problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale s'avèrent également préoccupants. En 2002, environ 10 % de la population québécoise de 15 ans et plus déclaraient avoir eu, à l'intérieur d'une période de 12 mois, un problème de santé mentale ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Le problème de santé mentale le plus fréquent était la dépression majeure[7]. Par ailleurs, en dépit des progrès obtenus, le taux de suicide au Québec demeure l'un des plus élevés parmi les pays industrialisés[8].

Certains jeunes connaissent des difficultés qui peuvent entraver sérieusement leur avenir. Ces situations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, parmi lesquels la pauvreté, la monoparentalité, les problèmes de santé mentale des parents, la violence familiale, etc. En 2005-2006, les cas de négligence ont compté pour plus de la moitié des nouvelles prises en charge en protection de la jeunesse[9].

FIGURE 1

EFFECTIFS DE LA POPULATION SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2006-2036



Source : « Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056 », Édition 2009 (scénario de référence).

HABITUDES DE VIE ET INÉGALITÉS DE SANTÉ

Le taux de tabagisme chez les jeunes du secondaire est passé de 23 % en 2002 à 19 % en 2004[10]. Environ 35 % de la population québécoise de 18 ans et plus était considérée comme active sur le plan de l'activité physique en 2007, comparativement à 26 % en 1994-1995. Cependant, la prévalence de l'obésité chez les personnes de 18 à 74 ans est passée au Québec, de 13 % à 22 % au cours des années allant de 1990 à 2004. La population des jeunes âgés de 12 à 17 ans n'est pas à l'abri de ce phénomène, la prévalence de l'obésité ayant atteint 8,8 % dans ce groupe d'âge en 2004[11].

À l'échelle canadienne, 20 % des coûts liés à la santé seraient attribuables à la pauvreté, laquelle constitue un déterminant important de la santé et du bien-être. Les inégalités de santé liées à la pauvreté se traduisent, notamment, par une espérance de vie réduite et par des taux plus élevés de mortalité infantile, de maladies chroniques, de dépendance à l'alcool et aux drogues, de prise en charge à la Protection de la jeunesse ainsi que de phénomènes tels que la violence et l'itinérance[12].

Bien que le Ministère et le réseau soient des acteurs importants au regard des déterminants sociaux de la santé et du bien-être, les leviers les plus puissants pour modifier les conditions de vie de la population appartiennent souvent à d'autres secteurs d'activité que celui de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, l'intervention concertée avec des partenaires d'autres secteurs se révèle cruciale.

ORGANISATION DES SERVICES

En 2006-2007, 93 % des usagers d'un hôpital, d'une clinique médicale ou d'un centre local de services communautaires (CLSC) ont déclaré être très ou assez satisfaits des services de santé et des services sociaux reçus; ils le sont particulièrement en ce qui concerne le respect, la confidentialité, la compétence et le professionnalisme avec lesquels ils ont été traités[13]. Toutefois, des améliorations sont souhaitées dans l'organisation des services pour en faciliter l'accessibilité et la continuité.

À l'instar de plusieurs pays, le Québec privilégie une organisation de services intégrés. Cette orientation s'est traduite par la création, en 2003, de 95 réseaux locaux de services (RLS), placés sous la coordination des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Composés d'établissements, de cliniques médicales et d'autres partenaires, ces réseaux ont pour but d'améliorer l'état de santé et de bien-être et de rendre disponible une gamme de services diversifiés et hiérarchisés (généraux, spécialisés et surspécialisés), pour répondre aux besoins de la population d'un territoire donné.

Au cours des dernières années, l'amélioration de l'accessibilité aux services de première ligne s'est traduite, notamment, par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF). Le recours à ce mode d'organisation des services permet d'accroître le partage d'activités cliniques (entre médecins, ainsi qu'entre médecins et autres professionnels), de renforcer le suivi des patients atteints de maladies chroniques et d'offrir un moyen privilégié pour les patients de conserver un médecin de famille ou d'en avoir un[14]. Malgré tout, l'accès à un médecin de famille demeure problématique : en 2007, 26 % de la population québécoise de 12 ans et plus n'avaient pas de médecin de famille, comparativement à 15 % pour l'ensemble du Canada[15].

Des investissements importants ont été effectués dans le secteur du soutien à domicile; ils se sont traduits par une augmentation du nombre de personnes desservies et de l'intensité des services. Cependant, des variations persistent en ce qui concerne l'offre des services disponibles : la nature, la qualité et l'intensité des services offerts diffèrent en fonction des territoires, des types de clientèles et des dispensateurs de services. De plus, l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées engendrera une pression à la hausse sur la demande en services de soutien à domicile.

Au cours des années, le réseau a développé une gamme de services destinés aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Cependant, en 2007, 61 % des jeunes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble envahissant du développement attendaient de 6 à 12 mois pour obtenir des services de réadaptation et 35 % attendaient plus d'un an.

Des efforts très importants ont permis de réduire les délais d'attente pour les services médicaux spécialisés, dont les chirurgies. Toutefois, des délais d'attente persistent pour l'accès à plusieurs services médicaux spécialisés.

Bien que les services de santé et les services sociaux actuellement offerts par le réseau québécois soient essentiellement couverts par un financement public, ils sont aussi offerts, en partie, par des partenaires privés (par exemple, les cliniques médicales, les laboratoires d'imagerie médicale, les centres d'hébergement de soins de longue durée privés conventionnés, etc.). La perspective gouvernementale est de s'assurer que le régime public est en mesure de répondre aux besoins de la population. Parallèlement, le rôle complémentaire que joue le secteur privé nécessite qu'il soit balisé davantage afin de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins fournis.

INTÉGRATION DES NOUVELLES PRATIQUES ET PROGRÈS TECHNOLOGIQUES

Les frontières entre les champs d'exercice professionnel sont devenues de moins en moins hermétiques. La complexité des différentes problématiques sociales et de santé requiert la présence d'une grande diversité d'intervenants aux expertises variées, nécessitant ainsi davantage de travail en interdisciplinarité et en complémentarité.

Parallèlement, l'amélioration de la qualité des soins et des services doit s'appuyer sur des normes et des modalités de pratique reconnues par tous. Le développement rapide des connaissances renforce la nécessité d'évaluer l'efficacité des nouvelles pratiques et d'assurer le transfert des connaissances dans les milieux cliniques. À cet égard, l'apport des établissements ayant une désignation universitaire est indispensable pour former les cliniciens, faire évoluer les pratiques et favoriser l'innovation.

Dans un contexte d'intégration et de hiérarchisation des services, il devient important de soutenir les intervenants et les gestionnaires par des systèmes d'information qui facilitent le suivi et la prise de décisions, l'échange et le partage de l'information. Il est donc essentiel d'intensifier les efforts d'amélioration de la circulation de l'information clinique dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux québécois, notamment par la mise en place de dossiers de santé électroniques.

Les technologies de la santé permettent de diagnostiquer plus rapidement et avec plus de précision les problèmes de santé. Elles rendent possibles certains traitements et permettent à d'autres de devenir moins invasifs, donnant l'occasion de réduire le recours à l'hospitalisation (par exemple, les chirurgies d'un jour, les soins à domicile) ou les durées de séjour. Les médicaments permettent de prévenir ou de retarder l'évolution de certaines pathologies, ou d'atténuer leurs conséquences, offrant ainsi une meilleure qualité de vie aux personnes. Bien qu'elles représentent un élément fondamental pour le système de santé et de services sociaux, les technologies sont un facteur déterminant dans la croissance des dépenses liées au domaine de la santé et des services sociaux. Il faut donc s'assurer que leur déploiement soit adéquat et leur usage, optimal.

DISPONIBILITÉ ET RÉTENTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente 6,6 % de la population active du Québec, soit 276 000 personnes. D'importantes pénuries de main-d'œuvre touchent l'ensemble des secteurs du réseau, aussi bien les services de santé que les services sociaux. Ces pénuries constituent un obstacle majeur à l'amélioration de l'accessibilité aux services.

Dans les établissements, la rareté des ressources humaines entraîne une surcharge de travail pour le personnel en place, des répercussions sur le climat de travail et le recours plus grand à la main-d'œuvre venant d'agences privées. Dans certaines régions éloignées ou dans certains types d'établissements ou unités de soins, ces pénuries peuvent même provoquer des ruptures de services.

La pénurie touche aussi les médecins omnipraticiens et spécialistes. La disponibilité des médecins de famille est particulièrement préoccupante, d'où la nécessité de mettre en place des mesures pour attirer les étudiants et étudiantes dans la pratique de la médecine familiale.

Plusieurs facteurs exercent une pression sur la disponibilité, à moyen et à long terme, de la main-d'œuvre; parmi eux, le vieillissement des effectifs, les départs massifs à la retraite et les attentes des générations plus jeunes, notamment en matière de conciliation travail-famille.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux devront relever le défi de l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre par la mise en place de mesures d'amélioration de l'organisation du travail et du climat de travail. Parallèlement, le cloisonnement professionnel ne permet pas d'optimiser le partage des compétences. Afin de devenir un milieu de travail attrayant et efficient, l'organisation du travail doit évoluer de manière à utiliser, de façon optimale, les compétences du personnel et à encourager la formation continue.

CONTRÔLE DES DÉPENSES ET AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

Les dépenses publiques affectées à la santé et aux services sociaux représentent 28 milliards de dollars en 2010-2011, soit 45 % des dépenses de programmes du gouvernement[16]. La tendance à long terme fait en sorte que les dépenses en matière de santé et de services sociaux croissent plus rapidement que les revenus de l'État. Le contexte budgétaire actuel, l'évolution des technologies ainsi que les changements attendus à la composition démographique du Québec amènent à s'interroger sur la capacité du gouvernement à financer le système de santé et de services sociaux.

La précarité des ressources disponibles nécessite d'effectuer des choix judicieux et de prendre des initiatives en matière de performance et de productivité en misant entre autres sur l'amélioration des processus de travail, sur une meilleure organisation des services et des technologies de l'information et sur une gouvernance plus efficace. Parallèlement, le gouvernement du Québec a choisi de porter à 5 % la progression annuelle du financement des dépenses totales de santé, tout en assurant le maintien des autres missions de l'État. Il entend mettre en œuvre de nouvelles sources de financement novatrices pour atteindre cet objectif, tout en respectant la capacité de payer des contribuables[17].

GOUVERNANCE

Le contexte actuel, qui commande l'optimisation de la performance, nécessite une gestion cohérente et résolument engagée en fonction des objectifs visés pour l'ensemble du système. Ces dernières années, des modifications ont été apportées à la gouvernance du réseau en vue de préciser les responsabilités des trois paliers de gestion, de même que les mécanismes d'imputabilité permettant une cohésion envers les résultats recherchés.

Toutefois, des améliorations sont souhaitées afin d'en optimiser la structuration, d'accroître l'interdépendance des trois paliers de gestion, de renforcer la responsabilisation et l'imputabilité des organisations et des acteurs en place, ainsi que la capacité des administrateurs à gérer les enjeux complexes du réseau de services de santé et de services sociaux.

LA VISION

Un réseau intégré et performant de services de santé et de services sociaux, près des personnes et des milieux de vie

L'organisation du système de santé et de services sociaux doit se consolider autour des réseaux locaux de services, où les organisations et les intervenants ont la responsabilité de rendre accessible un éventail de services le plus complet possible à la population d'un territoire local, tout en agissant avec différents partenaires pour améliorer la santé et le bien-être de cette population. Ces réseaux favorisent une meilleure prise en charge, en particulier des personnes en situation de vulnérabilité, et facilitent le cheminement des personnes entre les différents niveaux de services.

Les efforts d'intégration du réseau doivent être habités par le souci constant d'offrir des services de santé et des services sociaux qui sont bien adaptés aux réalités vécues par les personnes ainsi qu'aux caractéristiques particulières des différents milieux de vie.

La réalisation de cette vision commande que les organisations et les intervenants du réseau se mobilisent pour améliorer la performance des actions dont ils sont responsables et s'en rendent imputables.

LES ENJEUX, LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS

Pour faire face aux pressions exercées sur le système québécois de santé et de services sociaux et pour relever les défis qui se présentent à lui, le Ministère a déterminé des objectifs incontournables. Ils se regroupent sous les six enjeux suivants :

ENJEU 1
L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

ENJEU 2
La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ENJEU 3
Un délai raisonnable pour l'accès aux services

ENJEU 4
La qualité des services et l'innovation

ENJEU 5
L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

ENJEU 6
Une gestion performante et imputable

La présente section énumère, pour chaque enjeu, les orientations et les objectifs ainsi que les indicateurs attenants. Des cibles sont précisées pour la majorité des indicateurs. Par contre, d'autres cibles énoncent dans quelle direction l'indicateur concerné doit évoluer. Ces cibles seront déterminées au cours des prochaines années selon la disponibilité de l'information.

ENJEU 1
L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Orientation 1.1
Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)*	▪ Pourcentage des activités du PNSP implantées	▪ 85 % des activités implantées d'ici 2015
1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : ▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ habitudes de vie et maladies chroniques ▪ chutes chez les personnes âgées ▪ suicide	▪ Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	▪ 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2015

Axe d'intervention : Action intersectorielle

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
1.1.3 Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (habitudes de vie et comportements sécuritaires, éducation, emploi, logement, etc.)**	▪ Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle adoptée ▪ Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie ministérielle	▪ 2011 ▪ 2015
1.1.4 Renforcer le soutien aux intervenants et gestionnaires engagés dans le développement de communautés en santé	▪ Plan d'action ministériel adopté ▪ Évaluation de la mise en œuvre du plan d'action ministériel	▪ 2012 ▪ 2015

* L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) sera intégrée à la mise en œuvre de certaines activités ciblées du Programme national de santé publique.

** Les objectifs d'amélioration de la santé, de réduction des problèmes et d'action sur les déterminants ainsi que les activités accomplies en collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité sont précisés et suivis dans le cadre du Programme national de santé publique ainsi que dans les plans d'action particuliers (par exemple, le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012).

ENJEU 2
LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Orientation 2.1
Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
2.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille	▪ Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	▪ 70 % de la population d'ici 2015
2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)	▪ Nombre total de GMF implantés	▪ 300 GMF d'ici 2013
	▪ Pourcentage des médecins de famille qui pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	▪ 70 % des médecins de famille d'ici 2015
2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	▪ Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées	▪ 250 IPS d'ici 2015

Axe d'intervention : Services psychosociaux

OBJECTIF	INDICATEURS	CIBLES
2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine	▪ Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	▪ 100 % des régions sociosanitaires d'ici 2015
	▪ Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	▪ 90 % des appels d'ici 2015

Orientation 2.2
Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

OBJECTIFS		INDICATEURS	CIBLES
2.2.1	Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins	▪ Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	▪ 50 % des territoires locaux d'ici 2015
2.2.2	Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches	▪ Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	▪ 70 % des personnes d'ici 2015

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

OBJECTIFS		INDICATEURS	CIBLES
2.2.3	Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté*	▪ Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace	▪ 100 % des territoires locaux d'ici 2015
		▪ Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace	▪ 100 % des territoires locaux d'ici 2015
		▪ Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse	▪ Diminution
		▪ Durée moyenne des placements	▪ Diminution
2.2.4	Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	▪ Nombre moyen de déplacements vécus par les enfants/jeunes au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge	▪ Diminution
2.2.5	Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire	▪ Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	▪ 2 % des jeunes et des adultes d'ici 2015
2.2.6	Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves	▪ Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu :	
		▪ un suivi intensif dans le milieu (SIM)	▪ 100 places par 100 000 adultes d'ici 2015
		▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV)	▪ 250 places par 100 000 adultes d'ici 2015
2.2.7	Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	▪ Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS	▪ Augmentation

* Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012. Ces interventions se réaliseront en s'appuyant sur des continuums de services qui impliquent les CSSS et les centres jeunesse.

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille	▪ Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) : ▪ a été élaboré par un CR ▪ a impliqué le CSSS	▪ Augmentation

Orientation 2.3
Répondre aux besoins d'une population vieillissante

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère	▪ Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	▪ 55 % d'implantation à l'échelle du Québec d'ici 2015

Axe d'intervention : Adaptation des services

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	▪ Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	▪ 60 % des centres hospitaliers d'ici 2015

Orientation 2.4
Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

OBJECTIFS		INDICATEURS	CIBLES
2.4.1	Définir l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins et les milieux de vie, et en précisant les modalités de contribution des usagers	▪ Offre de service définie selon les profils de besoins et les milieux de vie	▪ 2012
2.4.2	Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants	▪ Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	▪ Augmentation de 10 % d'ici 2015

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

OBJECTIF		INDICATEUR	CIBLE
2.4.3	Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)	▪ Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	▪ Augmentation

ENJEU 3
UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

Orientation 3.1
Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an	▪ Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis	▪ 90 % des personnes d'ici 2015
3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	▪ Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	▪ 80 % des personnes d'ici 2015

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois	▪ Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour : ▪ une chirurgie d'un jour ▪ une chirurgie avec hospitalisation ▪ une arthroplastie totale de la hanche ▪ une arthroplastie totale du genou ▪ une cataracte ▪ autres chirurgies (à préciser)	▪ 90 % des personnes
3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis	▪ Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur des délais établis : ▪ Hémodynamie ▪ Catégorie A : moins de 2 semaines ▪ Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois ▪ Chirurgie cardiaque ▪ Catégorie A : moins de 2 semaines ▪ Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois ▪ Électrophysiologie ▪ Catégorie A : moins de 72 heures ▪ Catégorie B : de 72 heures à 3 mois	 ▪ 100 % des personnes ▪ 90 % des personnes ▪ 100 % des personnes ▪ 90 % des personnes ▪ 100 % des personnes ▪ 75 % des personnes
3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours	▪ Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en : ▪ radio-oncologie ▪ chirurgie oncologique ▪ chimiothérapie/traitements systémiques	▪ 90 % des personnes d'ici 2015

Axe d'intervention : Urgences

OBJECTIF	INDICATEURS	CIBLES
3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière	▪ Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	▪ Au plus 15 % des séjours d'ici 2015
	▪ Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	▪ Moins de 1 % des séjours d'ici 2015
* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.	▪ Séjour moyen sur civière	▪ 12 heures ou moins

Axe d'intervention : Santé mentale

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : ▪ aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours ▪ aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours	▪ Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis	▪ 90 % des personnes d'ici 2015

Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille	▪ Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille	▪ 75 % des CSSS d'ici 2015

ENJEU 4
LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

Orientation 4.1
Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Axe d'intervention : Démarche intégrée de qualité

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
4.1.1 Élaborer une politique d'assurance qualité qui permet : ▪ de donner une vision intégratrice de l'assurance qualité ▪ d'harmoniser les différents mécanismes d'évaluation et d'appréciation de la qualité ▪ de préciser les modalités de mise en œuvre et de suivi des normes établies	▪ Politique adoptée	▪ 2013

Axe d'intervention : Guides de pratique

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
4.1.2 Soutenir l'implantation des guides de pratique et des standards cliniques dans le réseau de la santé et des services sociaux	▪ Pourcentage des guides de pratique clinique recommandés par l'organisme de promotion de l'excellence clinique en santé et en services sociaux ayant fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi	▪ 90 % des guides de pratique d'ici 2015

Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis	▪ Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	▪ 90 % des CHSGS d'ici 2015

Orientation 4.2
Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux

Axe d'intervention : Créneaux d'expertise et formation

OBJECTIFS		INDICATEURS	CIBLES
4.2.1	Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ayant une mission universitaire*	▪ Créneaux d'expertise identifiés	▪ De 2010 à 2015
4.2.2	Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base, dans les régions du Québec	▪ Nombre de milieux de stage par discipline (santé)	▪ Augmentation

Axe d'intervention : Évaluation et transfert des connaissances

OBJECTIFS		INDICATEURS	CIBLES
4.2.3	Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux	▪ Pourcentage d'établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances ▪ Inventaire des activités accomplies en transfert des connaissances destinées au réseau réalisé	▪ 100 % d'ici 2015
4.2.4	Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire	▪ Nombre de projets d'évaluation réalisés ▪ par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) ▪ par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux	▪ Augmentation

* Les créneaux d'expertise seront identifiés au regard de l'ensemble de la mission universitaire (services cliniques, enseignement, recherche, évaluation des technologies et des modes de pratique).

Orientation 4.3
Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

Axe d'intervention : Dossiers cliniques informatisés

OBJECTIF	INDICATEURS	CIBLES
4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements	▪ Processus de qualification d'un nombre limité de solutions informatiques de DME et de DCI réalisé	▪ 2011
	▪ Pourcentage d'établissements qui utilisent une solution informatique de DCI	▪ 50 % des établissements d'ici 2015

Axe d'intervention : Dossier de santé du Québec

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
4.3.2 Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau	▪ Pourcentage des médecins, des pharmaciens et des infirmières ayant accès aux bases de données du DSQ	▪ 70 % des médecins, des pharmaciens et des infirmières d'ici 2015

ENJEU 5
L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

Orientation 5.1
Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
5.1.1 Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre l'omnipratique et la médecine spécialisée	▪ Pourcentage des postes de résidence comblés par des personnes inscrites en médecine familiale	▪ 50 % des postes d'ici 2015
5.1.2 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec	▪ Degré d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions	▪ 80 %
	▪ Degré d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par rapport aux postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de régions	▪ 80 %

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

OBJECTIFS		INDICATEURS	CIBLES
5.1.3	Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	▪ Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	▪ 100 % des établissements et des agences
5.1.4	Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	▪ Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	▪ 100 % des établissements d'ici 2015
5.1.5	Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité	▪ Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires	▪ Diminution de 10 % d'ici 2015
5.1.6	Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique	▪ Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser)	▪ Diminution de 25 % en soins infirmiers d'ici 2015

Axe d'intervention : Disponibilité du personnel d'encadrement et évolution des pratiques de management

OBJECTIFS		INDICATEURS	CIBLES
5.1.7	Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres	▪ Pourcentage des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres	▪ 100 % des projets
5.1.8	Mettre en place, à l'échelle nationale, un programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur (DG et DGA)	▪ Pourcentage des places prévues dans le programme de relève des hors cadres comblées par des cadres supérieurs chaque année	▪ 100 % de la cible nationale fixée annuellement

Orientation 5.2
Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé	▪ Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	▪ 100 % des établissements d'ici 2015
	▪ Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	▪ 50 % des établissements d'ici 2015
	▪ Obtention et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé	▪ Certification obtenue en 2010
	▪ Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	▪ Diminution de 7,1 % d'ici 2015
5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail	▪ Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	▪ 100 % des établissements d'ici 2015

ENJEU 6
UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

Orientation 6.1
Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES
6.1.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux, en misant sur :	▪ Pourcentage des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources	▪ 75 % ou plus des établissements d'ici 2015
▪ la rationalisation des processus de dispensation de services cliniques (ex. : blocs opératoires, plateaux techniques et d'imagerie, etc.), de services auxiliaires et administratifs (ex. : buanderie, approvisionnement, entreposage, achats)	▪ Nombre de révisions de processus de dispensation de services cliniques et de services auxiliaires et administratifs réalisées en fonction du plan d'actualisation proposé par chaque agence	▪ À déterminer selon les plans d'actualisation déposés par les agences en 2010-2011
▪ la rationalisation des infrastructures technologiques et informatiques	▪ Nombre de centres de traitement reliés aux technologies de l'information	▪ Diminution de 20 % d'ici 2015
6.1.2 Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité dans certains secteurs	▪ Méthodologie et indicateurs disponibles	▪ De 2010 à 2015

Axe d'intervention : Suivi et rétroaction sur la performance

OBJECTIF	INDICATEURS	CIBLES
6.1.3 Évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction sur les résultats	▪ Cadre d'analyse diffusé	▪ 2011
	▪ Modalités de production et de rétroaction mises en place	▪ À compter de 2012

Orientation 6.2
Assurer une gouvernance plus imputable

Axe d'intervention : Partage des responsabilités et règles d'imputabilité

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
6.2.1 Clarifier, dans une perspective de subsidiarité, le partage des responsabilités ainsi que les règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local	▪ Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative	▪ 2011-2012

Axe d'intervention : Révision des processus administratifs

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE
6.2.2 Procéder à l'allègement de la réglementation et des normes administratives en vigueur	▪ Réglementation et normes administratives révisées	▪ De 2011 à 2015

ANNEXE

DES RÉALISATIONS AU COURS DE LA PÉRIODE 2005-2010

PROMOTION, PRÉVENTION ET PROTECTION DE LA SANTÉ

- Adoption d'un projet de loi visant notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics
- Diffusion du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*
- Mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012*
- Réalisation et évaluation de campagnes sociétales sur le bon usage du médicament, le soutien parental, la santé mentale, les saines habitudes de vie, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et le sida, les problèmes de dépendance (alcool, drogues et jeu pathologique) et la vaccination contre l'influenza
- Diffusion du *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*
- Réalisation de la campagne nationale de vaccination contre la grippe A(H1N1) en 2009

ORGANISATION DES SERVICES ET UTILISATION DES RESSOURCES

- Implantation d'un mécanisme de gestion de l'accès aux services de chirurgie dans les centres hospitaliers
- Diffusion du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble* dans le but de réduire les délais d'attente pour les services de réadaptation offerts aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement
- Mise en place et évaluation d'équipes interdisciplinaires pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches
- Adoption des nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse
- Réorganisation du service Info-Santé et activation du numéro unique 8-1-1
- Adoption de la *Politique du médicament*
- Mise en œuvre d'une stratégie de main-d'œuvre en soins infirmiers en vue de contrer la pénurie
- Production d'offres de service ou de plans d'action pour des clientèles particulières (par exemple, santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, dépendances et itinérance)

ACCÈS, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES

- Mise sur pied de 193 groupes de médecine de famille (GMF) et de 35 cliniques-réseau; en 2008-2009, plus de 36 % de la population est inscrite auprès d'un médecin de famille, en GMF et hors GMF
- Réduction des délais d'attente en cardiologie tertiaire, en chirurgie de la cataracte, en arthroplastie de la hanche et du genou, ainsi qu'en radio-oncologie
- Augmentation de 12 % du nombre de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement qui reçoivent des services de soutien à domicile (2005-2009)
- Augmentation de 27 % du nombre de personnes ayant un trouble mental qui ont bénéficié de services spécifiques de première ligne (2005-2009)
- Réduction du délai moyen d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures en protection de la jeunesse
- Diminution du taux d'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (C. difficile) à la suite de la mise en place de plusieurs mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins
- Poursuite des visites d'appréciation de la qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); mise en place d'un processus de certification des résidences privées pour personnes âgées et adoption d'un projet de loi ayant pour but d'étendre ce processus à des organismes offrant à d'autres clientèles des services d'hébergement
- Dépôt d'un projet de loi ayant pour but de créer un organisme chargé de promouvoir l'excellence clinique en santé et en services sociaux et l'utilisation efficace des ressources

LISTE DES DOCUMENTS CITÉS

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec.*

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *État de santé de la population québécoise : quelques repères,* p. 15.

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Direction de la lutte contre le cancer - Orientations prioritaires 2007-2012,* 39 pages.

4. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Zoom santé : Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* 4 pages.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence.* Rapport du Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, présidé par Howard Bergman, M.D., 143 pages.

6. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009). « Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056 Édition 2009 » (page consultée le 13 octobre 2009) [en ligne]. Adresse URL : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/perspectives2006_2056.htm

7. STATISTIQUE Canada (2004). « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être ». Document paru le 9 septembre 2004 (page consultée le 13 octobre 2009) [en ligne]. Adresse URL : http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-617-X&CHROPG= 1&lang=fra.

8. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006,* janvier 2008, 20 pages.

9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec.* Rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 71 pages.

10. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2002). « Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002? » (page consultée le 13 octobre 2009) [en ligne]. Adresse URL : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac04.htm.

11. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Zoom santé : L'activité physique chez les adultes québécois en 2005. Portrait de l'activité physique de loisir et aperçu des transports actifs. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* 4 pages.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Tous riches de nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans.* Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, 163 pages.

13. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009). « Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007 » (page consultée le 13 octobre 2009) [en ligne]. Adresse URL : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enquete_satisfaction_vol2_ pdf.htm.

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec,* 145 pages.

15. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2008). *Qui n'a pas un médecin de famille au Québec ? Série Portraits et trajectoires,* p. 1.

16. MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC (2010). Budget 2010-2011 : *Vers un système de santé plus performant et mieux financé,* p. III.

17. MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC (2010). Budget 2010-2011 : *Vers un système de santé plus performant et mieux financé,* p. 12.

PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES S

ENJEU 1 L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et d

ORIENTATION	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS
1.1 Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	Prévention dans les continuums de services	• Assurer la mise en œuvre des activités de prom le Programme national de santé publique (PNSP
		• Soutenir l'intégration de la prévention dans les aux problèmes suivants : infections transmissib chroniques; chutes chez les personnes âgées; s
	Action intersectorielle	• Renforcer la collaboration avec les partenaires déterminants de la santé et du bien-être
		• Renforcer le soutien aux intervenants et gestion santé

ENJEU 2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégrati

ORIENTATIONS	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS
2.1 Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne	Services médicaux et infirmiers	• Assurer l'inscription et la prise en charge des p
		• Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et place de groupes de médecine de famille (GMF)
		• Accroître la disponibilité d'infirmières praticienn
	Services psychosociaux	• Offrir un accès téléphonique rapide à une consu professionnels en intervention psychosociale de
2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers	Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer	• Favoriser l'autogestion et la réadaptation des p de soins
		• Améliorer la coordination des soins et des servi de cancer et pour leurs proches
	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance	• Intervenir de façon concertée afin de réduire les problèmes de négligence et les troubles de com difficulté
		• Favoriser la continuité des soins et la stabilité protection de la jeunesse
		• Assurer aux personnes qui le requièrent des ser multidisciplinaire
		• Assurer l'accès aux services d'intégration dans graves
		• Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus toxicomanie et en jeu pathologique
	Personnes ayant une déficience et leur famille	• Assurer la coordination des services dispensés déficience et à leur famille

PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MISSION
Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

VISION
Un réseau intégré et performant de services de santé et de services sociaux, près des personnes et des milieux de vie.

ENJEU 1 L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

ORIENTATION	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS	RÉSULTATS VISÉS
1.1 Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	Prévention dans les continuums de services	• Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)	• 85 % des activités prévues au PNSP implantées d'ici 2015
		• Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : infections transmissibles sexuellement et par le sang; habitudes de vie et maladies chroniques; chutes chez les personnes âgées; suicide	• 85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien d'ici 2015
	Action intersectorielle	• Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	• Adoption d'une stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle en 2011 et évaluation de sa mise en œuvre en 2015
		• Renforcer le soutien aux intervenants et gestionnaires engagés dans le développement de communautés en santé	• Adoption d'un plan d'action ministériel en 2012 et évaluation de sa mise en œuvre en 2015

ENJEU 2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATIONS	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS	RÉSULTATS VISÉS
2.1 Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne	Services médicaux et infirmiers	• Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille	• 70 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF) d'ici 2015
		• Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)	• 300 GMF implantés d'ici 2013 • 70 % des médecins de famille pratiquent en GMF (ou modèles équivalents) d'ici 2015
		• Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	• 250 IPS en soins de première ligne titularisées d'ici 2015
	Services psychosociaux	• Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine	• 100 % des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux d'ici 2015 • 90 % des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux reçoivent une réponse dans un délai de 4 minutes ou moins d'ici 2015
2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers	Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer	• Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins	• 50 % des territoires locaux où un programme d'autogestion et de réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques est implanté d'ici 2015
		• Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches	• 70 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures d'ici 2015
	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance	• Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté	• 100 % des territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert d'ici 2015 • 100 % des territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert d'ici 2015 • Diminution du taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse • Diminution de la durée moyenne des placements
		• Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	• Diminution du nombre moyen de déplacements vécus par les enfants/jeunes au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge
		• Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire	• 2 % des jeunes et des adultes reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS d'ici 2015
		• Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves	• 100 places par 100 000 adultes en suivi intensif dans le milieu et 250 places par 100 000 adultes en soutien d'intensité variable d'ici 2015
		• Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	• Augmentation du nombre de jeunes et d'adultes qui reçoivent des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS
	Personnes ayant une déficience et leur famille	• Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille	• Augmentation du nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) a été élaboré

ORIENTATIONS	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS	RÉSULTATS VISÉS
2.3 Répondre aux besoins d'une population vieillissante	Réseaux de services intégrés	• Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local	• 55 % d'implantation des RSIPA à l'échelle du Québec d'ici 2015
	Adaptation des services	• Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	• 60 % des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique d'ici 2015
2.4 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités	Services de soutien à domicile	• Définir l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins et les milieux de vie, et en précisant les modalités de contribution des usagers	• Définition de l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles en 2012
		• Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches-aidants	• Augmentation de 10 % du nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS) d'ici 2015
	Diversification des milieux de vie	• Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes	• Augmentation du nombre de places en ressources résidentielles de proximité

ENJEU 3 Un délai raisonnable pour l'accès aux services

ORIENTATION	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS	RÉSULTATS VISÉS
3.1 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables	Services sociaux et de réadaptation	• Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis, selon les niveaux de priorité urgente, élevée et modérée	• 90 % de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis d'ici 2015
		• Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	• 80 % des personnes ayant une dépendance évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins d'ici 2015
	Médecine et chirurgie	• Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois	• 90 % des personnes inscrites au mécanisme central ont accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois (chirurgies d'un jour; chirurgies avec hospitalisation; arthroplasties de la hanche et du genou; chirurgies de la cataracte)
		• Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis	• Accès aux services dans les délais établis pour les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire (hémodynamie, chirurgie cardiaque et électrophysiologie)
		• Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours	• 90 % des personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours (radio-oncologie, chirurgie oncologique et chimiothérapie/traitements systémiques)
	Urgences	• Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière	• Au plus 15 % des séjours de 24 heures et plus sur civière d'ici 2015 • Moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière d'ici 2015 • Séjour moyen sur civière de 12 heures ou moins
	Santé mentale	• Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours et aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours	• 90 % des personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis d'ici 2015
	Références aux services médicaux spécialisés	• Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille	• 75 % des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi urgente et référées par un médecin de famille d'ici 2015

ENJEU 4 La qualité des services et l'innovation

ORIENTATIONS	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS	RÉSULTATS VISÉS
4.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	Démarche intégrée de qualité	• Élaborer une politique d'assurance qualité	• Adoption d'une politique d'assurance qualité en 2013
	Guides de pratique	• Soutenir l'implantation des guides de pratique et des standards cliniques dans le réseau de la santé et des services sociaux	• 90 % des guides de pratique clinique recommandés par l'organisme de promotion de l'excellence clinique en santé et en services sociaux ayant fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi d'ici 2015
	Contrôle des infections nosocomiales	• Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis	• 90 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis d'ici 2015
4.2 Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux	Créneaux d'expertise et formation	• Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ayant une mission universitaire	• Identification dans chaque établissement des créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux de 2010 à 2015
		• Assurer la formation et la disponibilité de milieux de stage adaptés et diversifiés, notamment pour les disciplines de base, dans les régions du Québec	• Augmentation du nombre de milieux de stage par discipline (santé)
	Évaluation et transfert des connaissances	• Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux	• 100 % des établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances d'ici 2015
		• Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire	• Augmentation du nombre de projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux réalisés
4.3 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique	Dossiers cliniques informatisés	• Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements	• Réalisation d'un processus de qualification d'un nombre limité de solutions informatiques de DME et de DCI en 2011 • 50 % des établissements utilisent une solution informatique de DCI d'ici 2015
	Dossier de santé du Québec	• Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau	• 70 % des médecins, pharmaciens et infirmières ont accès aux bases de données du DSQ d'ici 2015

ENJEU 5 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

ORIENTATIONS	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS	RÉSULTATS VISÉS
5.1 Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée	Disponibilité de la main-d'œuvre médicale	• Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre l'omnipratique et la médecine spécialisée	• 50 % des postes de résidence comblés par des personnes inscrites en médecine familiale d'ici 2015
		• Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec	• 80 % d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et en médecine spécialisée
	Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau	• Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en oeuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	• 100 % des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre
		• Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	• 100 % des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail d'ici 2015
		• Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité	• Diminution de 10 % du nombre d'heures travaillées en heures supplémentaires d'ici 2015
		• Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique	• Diminution de 25 % des heures travaillées par du personnel en soins infirmiers à l'emploi des agences privées d'ici 2015 (autres secteurs à préciser)
	Disponibilité du personnel d'encadrement et évolution des pratiques de management	• Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres	• 100 % des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien des cadres
		• Mettre en place, à l'échelle nationale, un programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur (DG et DGA)	• 100 % des places prévues au programme de relève des hors cadres qui sont comblées par des cadres supérieurs chaque année
5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes	Rétention et mieux-être au travail	• Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé	• 100 % des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines d'ici 2015 • 50 % des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail d'ici 2015 • Obtention en 2010 et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé • Diminution de 7,1 % du ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées d'ici 2015
		• Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail	• 100 % des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle d'ici 2015

ENJEU 6 Une gestion performante et imputable

ORIENTATIONS	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS	RÉSULTATS VISÉS
6.1 Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux	Optimisation de l'utilisation des ressources	• Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux	• 75 % ou plus des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources d'ici 2015 • Révisions de processus de dispensation de services cliniques et de services auxiliaires et administratifs réalisées en fonction des plans d'actualisation déposés par les agences en 2010-2011 • Diminution de 20 % du nombre de centres de traitement reliés aux technologies de l'information d'ici 2015
		• Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité dans certains secteurs	• Méthodologie et indicateurs disponibles de 2010 à 2015
	Suivi et rétroaction sur la performance	• Évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction sur les résultats	• Diffusion d'un cadre d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux en 2011 et mise en place de modalités de production et de rétroaction à compter de 2012
6.2 Assurer une gouvernance plus imputable	Partage des responsabilités et règles d'imputabilité	• Clarifier, dans une perspective de subsidiarité, le partage des responsabilités ainsi que les règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local	• Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative en 2011-2012
	Révision des processus administratifs	• Procéder à l'allègement de la réglementation et des normes administratives en vigueur	• Révision de la réglementation et des normes administratives de 2011 à 2015

msss.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec

10-711-02F